LIVRET D'ACCUEIL DU SERVICE DE RHUMATOLOGIE

PRÉSENTATION HOPITAL SAINT JOSEPH

Le personnel de l'hôpital Saint Joseph est heureux de vous accueillir et de participer à votre formation.

Établissement privé à but non lucratif fondé en 1919.
Notre établissement a une capacité d'accueil de 778 lits répartis en pôles d'activités. Il regroupe près de 30 services MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), une structure de soins de suites et de réadaptation (56 lits), un service d'hospitalisation à domicile et un service de soins à domicile.

Par ailleurs, il existe des activités transversales telles que l'unité d'hygiène, l'équipe mobile de prise en charge de la douleur, de gériatrie, l'éducation à la santé…

PRESENTATION DE LA DIRECTION DES SOINS :

Voir ci dessous

Directeur des Services de Soins
Mme LESAGE

CADRES SUPERIEURS DE SANTE

Fédération des médecines : **Mme Calbou**	Pôle CTV (Cardio-Thoraco-Vasculaire) : **Mme Pelletier**	Pôle Viscéral -Orl/Opht./ Dermato - Orthopédie **Mme Vermandel**	Activités Ambulatoires et recherche clinique : **Mme Raffray**	Bloc opératoire et Réanimations Soins Intensifs	Pôle Parent Enfant : **Mme Allard**	-USP -équipe mobile douleur. **Mme Carvin**	-Hygiène -Médico-techniques : **Mme Plat-Casanova**

CADRES DE SANTE

Nuit : **Mme Ottl**

Cadre Administratif chargé du recrutement et de la gestion du personnel en collaboration avec Mme Plat-Casanova :
Mme Guilbaud

Gestion des stages paramédicaux / Contrat d'apprentissage/ lien hôpital IFSI :
Mme Giangiorgi

LE STAGE A L'HÔPITAL :

Le livret d'accueil et la grille d'auto évaluation des soins les plus fréquents ont été élaborés par les professionnels de santé de l'hôpital dans le but d'optimiser votre apprentissage.
Par ailleurs, avant le début du stage, les services d'accueil attendent de la part des étudiants qu'ils travaillent les pathologies emblématiques du service ainsi que la pharmacologie en lien (rubrique pré requis des livrets d'accueil).

HÔPITAL CERTIFIE V3 (Septembre 2010) :

L'ensemble des protocoles et procédures se trouvent sur l'Intranet de l'Hôpital, logiciel GEDOC.

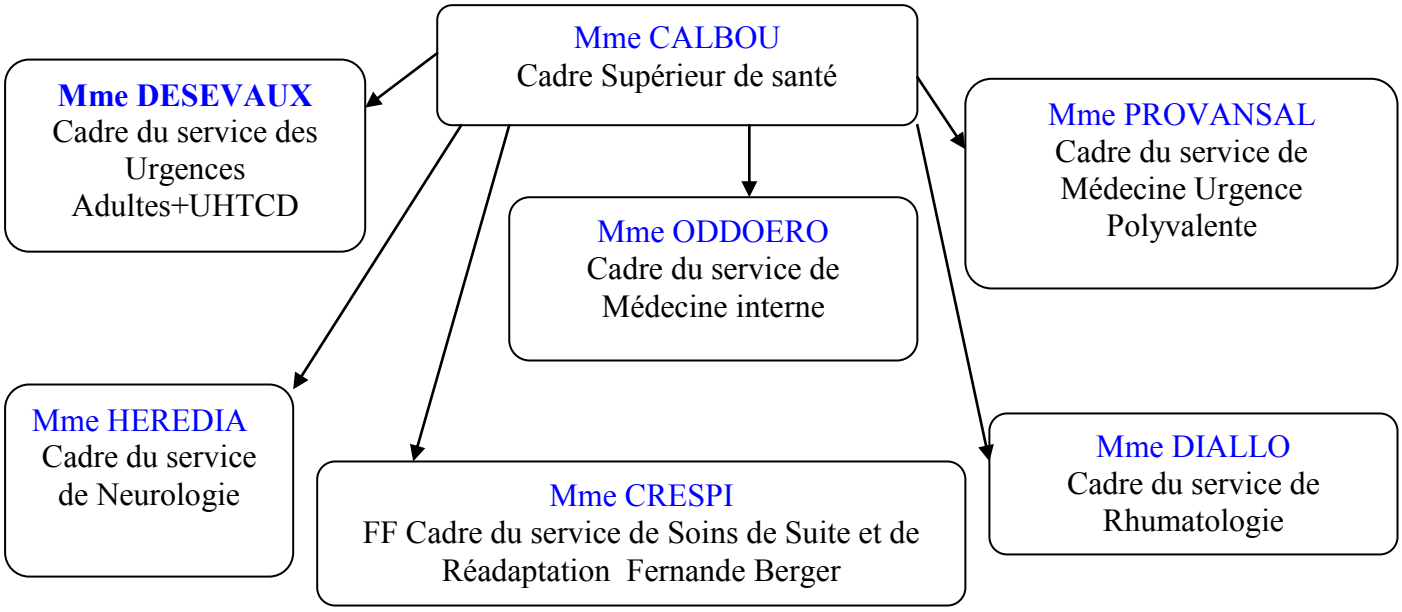
LES DIFFÉRENTES TENUES DES CATÉGORIES PROFESSIONNELLES :

Durant votre stage, vous allez collaborer avec différentes catégories de personnel reconnaissables à leur tenue :

COULEUR	LISERÉ	FONCTION
BLANC		MÉDECIN IDE, SAGE FEMME MANIPULATEUR RADIO DIÉTÉTICIEN KINÉSITHÉRAPEUTE
		CADRE SUPÉRIEUR ET CADRE DE SANTE
		PUÉRICULTRICE
		AGENT ADMINISTRATIF
ROSE		AIDE SOIGNANT AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE
VERT		AGENT HÔTELIER SPÉCIALISÉ OFFICIÈRE
BLEU		SECRÉTAIRE MÉDICALE BRANCARDIER
JAUNE		AGENT DE CONVIVIALITÉ
TENUES SPÉCIFIQUES DES SECTEURS PARTICULIERS		
VERT BOUTEILLE		BLOC OPÉRATOIRE TOUTE CATÉGORIE
VERT D'EAU		BLOC ENDOSCOPIE
BLEU FONCE		BLOC MATERNITÉ RÉANIMATION, SOINS INTENSIFS
VIOLET		URGENCES ADULTES

PRÉSENTATION DU POLE MÉDECINE

➢ Organigramme


Mme CALBOU
Cadre Supérieur de santé
Mme DESEVAUX
Cadre du service des Urgences Adultes+UHTCD
Mme PROVANSAL
Cadre du service de Médecine Urgence Polyvalente
Mme ODDOERO
Cadre du service de Médecine interne
Mme HEREDIA
Cadre du service de Neurologie
Mme CRESPI
FF Cadre du service de Soins de Suite et de Réadaptation Fernande Berger
Mme DIALLO
Cadre du service de Rhumatologie

➢ Les différents services et leurs spécificités :

- Médecine Urgence Polyvalente (patients venant des urgences adultes).
- Urgences Adultes/UHTCD.
- Médecine Interne recevant des patients pour des chimiothérapies.
- Neurologie : hospitalisation complète, hospitalisation de semaine et de jour.
- Rhumatologie : hospitalisation complète, hospitalisation de semaine et de jour recevant des patients pour des biothérapies et relevant de protocoles de la recherche clinique.

Soins se Suite et de Réadaptation Fernande Berger : situé dans le quartier de la Rose à Marseille

➢ Présentation géographique

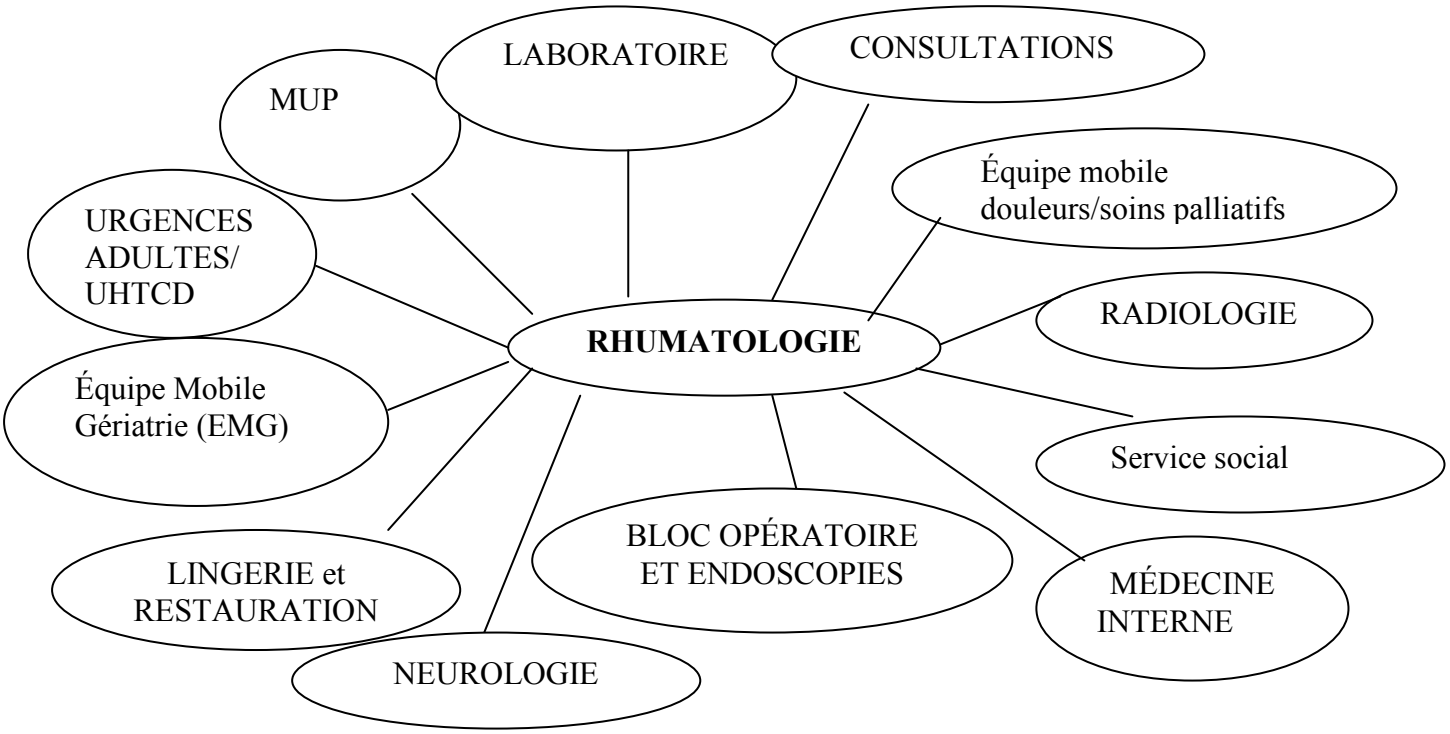
- POLE FÉDÉRATION DES MÉDECINES	
RDC Bâtiment RASTOIN	Médecine Urgence Polyvalente (MUP)
4eme étage Bâtiment RASTOIN	Rhumatologie
1er étage Bâtiment BUES	Médecine interne
4eme étage Bâtiment FOUQUE	Neurologie
RDC Bâtiment DE VERNEJOUL	Urgences Adultes +UHTCD
RDC Bâtiment BUES	Équipe mobile de gériatrie
Quartier de la Rose : 15, Bd de la présentation 13013 Marseille.	Soins de suite et de réadaptation Fernande Berger

PRÉSENTATION DU SERVICE D'ACCUEIL

➢ Les locaux :

Deux secteurs représentant 31 lits
- 18 lits d'hospitalisation complète
- 8 lits d'hospitalisation de semaine
- 5 lits d'hospitalisation de jour

➢ Les services interfaces :



➢ Le personnel :

*interne au service :

Chef de service : 1
Praticiens: 6
Médecins Généralistes Hospitaliers : 2
Cadre de santé : 1
dont les noms sont affichés à l'entrée du service.
Infirmières : 5 1/2 de jour, 2 de nuit
Aide soignantes : 3 de jour, 2 de nuit
Agents de service hospitalier : 4
Secrétaire médicale : 1
Agent administratif : 1
Agent d'accueil et de communication : 1

***équipe paramédicale pluridisciplinaire intervenant dans le service.**

IDE éducation : 1
Diététicien
Kinésithérapeute
Assistante sociale
Officière
Psychologue

- **L'activité :**

***les pathologies les plus fréquentes :**

Les maladies rhumatologiques sont classées en deux grands groupes : les pathologies **mécaniques** et les pathologies **inflammatoires**. Ces dernières comprennent les maladies auto-immunes, infectieuses et tumorales.

On différencie pathologies MÉCANIQUES et INFLAMMATOIRES selon le type des douleurs :

- Les **douleurs mécaniques** sont augmentées par l'effort et améliorées par le repos.

- Les **douleurs inflammatoires** sont permanentes diurnes et nocturnes, elles réveillent en deuxième partie de nuit, sont maximales le matin avec une raideur articulaire d'au moins 30 minutes améliorée progressivement par la mobilisation. Classiquement l'articulation douloureuse est rouge, chaude, gonflée. Des signes généraux peuvent être associés (asthénie, anorexie, amaigrissement, fébricule…).

Polyarthrite rhumatoïde (PR) :

Atteintes inflammatoire chronique de plusieurs articulations, en particulier les mains et les pieds, évoluant par poussées vers la déformation et la destruction des articulations intéressées.

Rhumatisme psoriasique :

Rhumatisme inflammatoire chronique qui accompagne, parfois précède, le psoriasis (maladie cutanée).

Spondylarthrite ankylosante (SPA) :

Rhumatisme inflammatoire chronique atteignant électivement les articulations sacro-iliaques, la colonne vertébrale et les enthèses (zones d'attache des tendons et des ligaments sur le squelette au niveau des articulations). Évolution par poussées, ossifiante, pouvant aboutir à une ankylose osseuse.

Pseudo polyarthrite rhizomélique (PPR) ou maladie de Forestier :

Fait partie des maladies dites de « système » (connectivites ou collagénoses) caractérisée par une raideur douloureuse des ceintures (➔ « rhizomélique ») avec absence, en général, de lésions articulaires (➔ « pseudo-polyarthrite »). Touche le sujet âgé.

Arthrose :

Affection dégénérative du cartilage articulaire (atteinte des mains la plus fréquente, suivie des genoux et de la hanche)

Ostéoporose :

Décalcification (ou déminéralisation) diffuse du squelette. La forme la plus grave entraîne : tassements vertébraux, déformations du rachis et fractures des os longs.

Maladie de Paget :

Souvent asymptomatique, caractérisée par des modifications de la structure et de l'architecture osseuse ➔ diagnostic radiologique : épaississement des os, localisations prédominantes au niveau des vertèbres, bassin, crâne, tibias et fémurs.

Lombalgie :

Douleur de la région rachidienne lombaire. Si supérieure à 3 mois = chronique. Causes et mécanismes nombreux dont la pathologie disco-vertébrale (lombalgies dites « communes »).

Cruralgie :

Névralgie du membre inférieur, liée, le plus souvent, à une hernie discale, traduisant l'irritation d'une racine nerveuse lombaire (L4, 3 ou 2).

Lombosciatique (névralgie sciatique) :

Névralgie du membre inférieur, liée à une hernie discale comprimant l'une des racines du nerf sciatique (L5 ou S1).

Fibromyalgie :

Syndrome, exclusivement clinique (exploration para clinique normale), fait de douleurs chroniques diffuses particulières par leur siège, et d'une fatigue musculaire (surtout chez les femmes jeunes). On retrouve souvent un état anxio-dépressif et des conditions de stress psychologiques.

Maladie de Kahler : Myélome multiple

Tumeur maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique liée à la prolifération tumorale de plasmocytes monoclonaux dans la moelle osseuse. Le myélome multiple peut être évoqué devant des symptômes (le plus souvent, devant des douleurs osseuses ou rachidiennes

typiquement persistantes non calmées par le repos ni par les antalgiques de palier I, II, ou III), ou être découvert lors d'examens biologiques ou radiologiques.
Parfois, le myélome multiple est découvert dans le cadre d'une urgence thérapeutique, notamment en cas de :

- fractures pathologiques, en particulier vertébrales ;
- signes neurologiques compressifs médullaires ou radiculaires ;
- signes d'insuffisance rénale aiguë ;
- signes d'hypercalcémie.

La prise en charge du myélome multiple repose principalement sur la **chimiothérapie** qui utilise une association de médicaments anticancéreux. Dans certains cas, une **autogreffe** peut être nécessaire. Quand le patient ne présente pas de symptôme, une simple surveillance peut être proposée ; on parle d'**abstention thérapeutique**. Les traitements actuels ne permettent pas, dans la grande majorité des cas, d'obtenir une guérison.

Tumeurs osseuses secondaires (métastases osseuses) :

Recherche du cancer primitif indispensable car oriente le choix du traitement. Les plus fréquents : sein, prostate, thyroïde. Bilan d'extension réalisé rapidement : scinti. osseuse, radio, scanner, IRM, marqueurs tumoraux (biologie).

Bursites et hygromas :

Bursite = inflammation d'une bourse séreuse, généralement située autour d'une articulation.
Hygroma = variété de bursite, en général superficielle, caractérisée par son enkystement.
D'origine traumatique, rhumatismale (goutte, rhumatismes inflammatoires, dépôts calcaires), ou infectieuse.
Localisations les plus fréquentes : coude, genou, talon, hanche, épaule.

Tassements vertébraux :

Le tassement vertébral entraîne une fracture du corps de la vertèbre qui se traduit par une diminution de sa hauteur. Cette modification du corps vertébral touche soit une partie de la vertèbre, soit la vertèbre dans sa totalité. Les vertèbres les plus souvent touchées sont les vertèbres lombaires et dorsales (de la cinquième à la douzième vertèbre dorsale), très rarement les vertèbres cervicales.
Il est dû à une incapacité du tissu osseux (plus particulièrement l'os spongieux) à assurer les contraintes mécaniques.
Il s'observe soit au cours d'un traumatisme important, soit lors d'un traumatisme mineur. Il survient le plus souvent au cours d'une déminéralisation osseuse (ostéoporose) ou à la suite d'une affection fragilisante locale telle qu'une tumeur, une infection ou un myélome.
L'un des traitements consiste à pratiquer une cimentoplastie (ou Vertébroplastie) ou une kyphoplastie.

***les explorations représentatives de l'activité.**

IRM (rachis le plus fréquent)
Scanner, radiculoscanner
Infiltrations sous scopie à la radio
Scintigraphie osseuse

Ostéodensitométrie
Radiologie standard (mains, poignets, les plus fréquentes)
EMG
Échographies (musculaires)
EFR + gazométrie (dans le cadre de bilans)

SECTEUR INTERVENTIONNEL (au bloc opératoire : Dr N'GUYEN)

Cimentoplastie :
Traitement chirurgical des tassements vertébraux. La Vertébroplastie consiste à injecter du ciment de nature acrylique, afin de supprimer les douleurs inhérentes aux tassements vertébraux. Cependant, cette technique ne réduit pas le risque de survenue de fractures des vertèbres adjacentes.

Aussi, la **kyphoplastie** est de plus en plus utilisée actuellement. Elle consiste à injecter un ballonnet que l'on gonfle à l'intérieur de la vertèbre. Ensuite, le ballonnet est retiré de la cavité qui est ainsi créée dans la vertèbre pathologique et on injecte un ciment réparateur à l'intérieur de celle-ci.

Visco- supplémentation :

Administration de produits de la famille de l'**acide hyaluronique** (composant normal du liquide synovial, jouant le rôle de « lubrifiant » au niveau des surfaces cartilagineuses en contact).
L'objectif est de diminuer la douleur et la gêne et d'augmenter l'amplitude articulaire (indication principale : arthrose).
Ces produits peuvent être injectés au niveau du genou, de la hanche ou de l'articulation trapézo-métacarpienne (rhizarthrose du pouce).

Arthroscopie genou :

Cette technique chirurgicale est réalisée au bloc opératoire, sous anesthésie générale ou locorégionale.

Elle présente deux visées :

- diagnostique : visualisation des ménisques, des ligaments croisés, du cartilage et de la synoviale ;
- thérapeutique, traitement de la plupart des lésions intra-articulaires.

Des **complications** de ce geste, bien que rares, restent à surveiller :

Épanchement :

- De liquide synovial: assez fréquent après 40 ans, surtout dans le cas d'une arthrose plus ou moins évoluée. Il nécessite l'application de glace, la prise d'anti-inflammatoire pendant quelques jours et une activité restreinte. Il peut mettre 3 à 4 semaines avant de se résorber.
- De sang (hémarthrose) : du fait de l'absence de drainage habituel après l'arthroscopie, un hématome peut survenir. Il est parfois nécessaire de l'évacuer par une ponction.

Infection :
Très rare, elle nécessite en urgence un lavage et un drainage chirurgical de l'articulation.

Algodystrophie :
D'origine réflexe, elle provoque une déminéralisation osseuse et une rétractation tissulaire. Elle se traduit par une période inflammatoire et douloureuse, puis évolue vers une raideur de l'articulation.

Phlébite :
Un caillot de sang obstrue une veine, le plus souvent au niveau du mollet. La prévention passe par une prise d'anticoagulant et un lever précoce. Une bande de contention pourra être nécessaire en cas de troubles circulatoires. Un examen doppler ainsi qu'une détection biologique d'une hypercoagulabilité seront effectués au moindre doute.

PlaiesVasculo-nerveuses :
Ces lésions nécessitent une intervention chirurgicale réparatrice, qui devient urgente en cas de lésions vasculaires

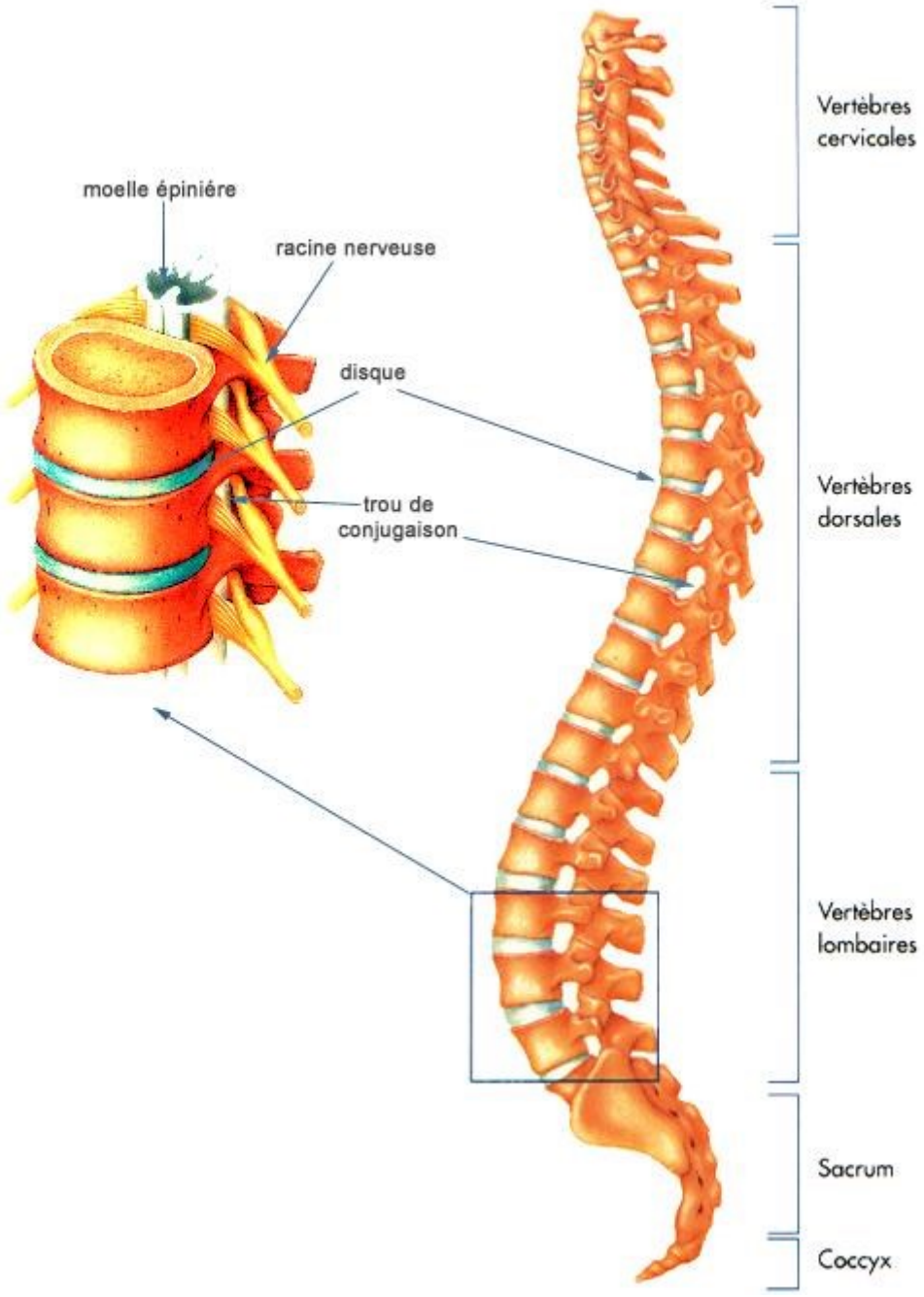
Rappels anatomiques.

La colonne vertébrale : La colonne vertébrale, aussi appelée rachis, constitue l'axe central du corps humain. Elle s'étend de l'arrière du crâne jusqu'au bassin et consiste en une chaîne de 33 petits os, les vertèbres, qui abritent la moelle épinière et servent de points d'attache aux côtes et aux muscles.

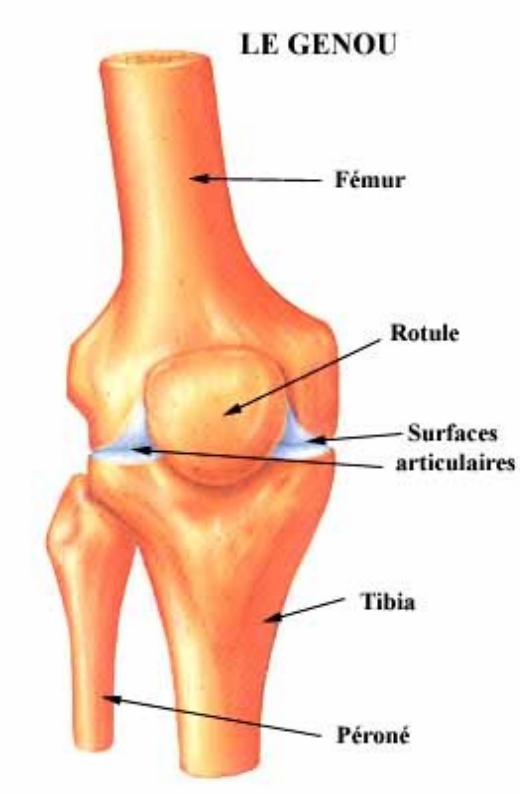
Os de la colonne vertébrale

www.ledictionnaire-medical.com

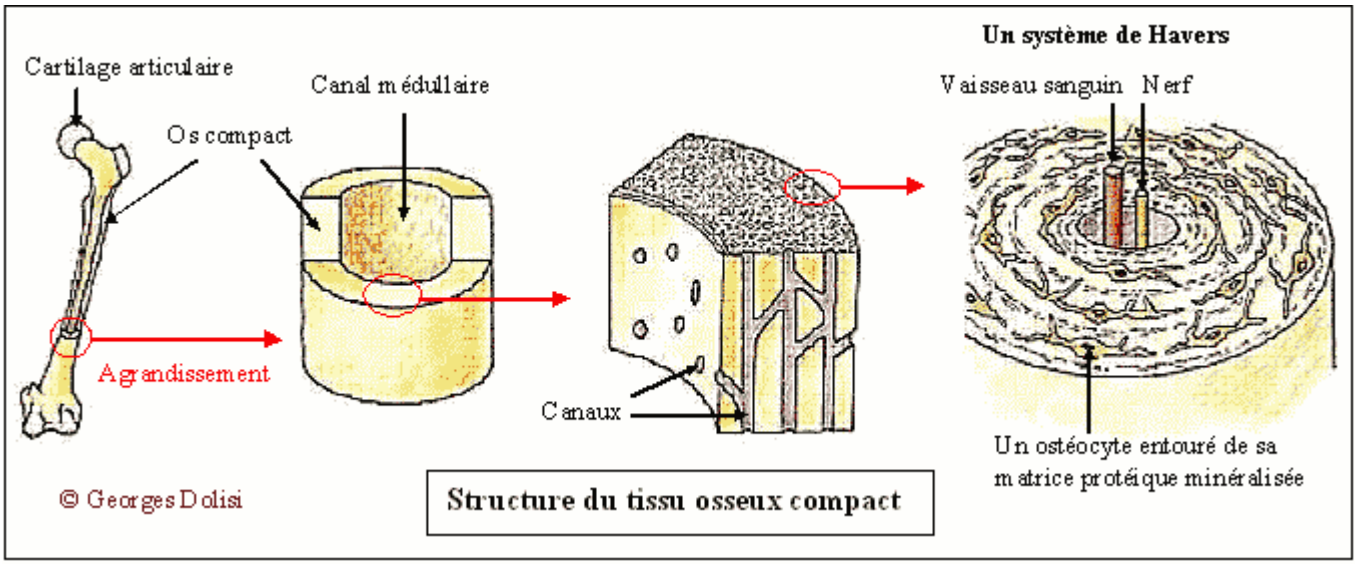
La colonne vertébrale

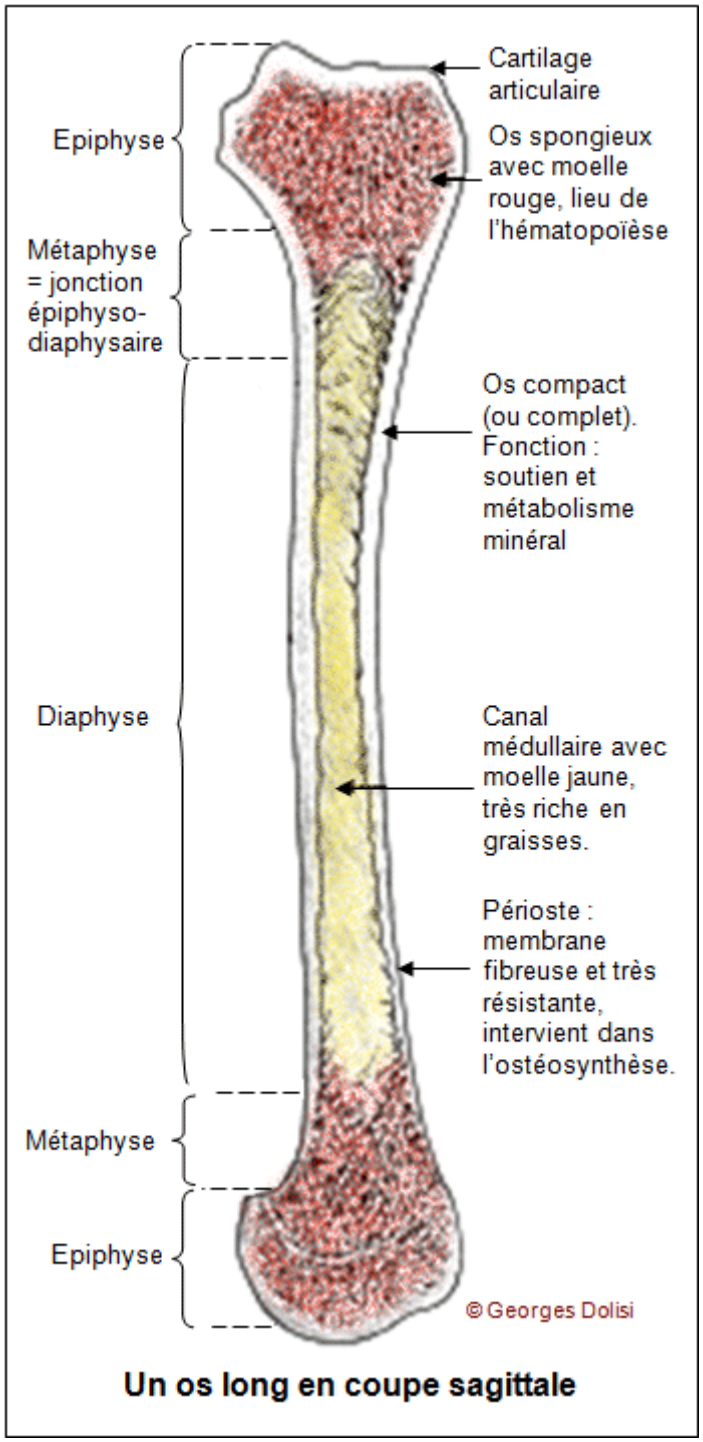


Le genou est une articulation complexe que l'on peut schématiser comme suit.



Les os :




Cartilage articulaire
Os spongieux avec moelle rouge, lieu de l'hématopoïèse
Epiphyse
Métaphyse = jonction épiphyso-diaphysaire
Os compact (ou complet). Fonction : soutien et métabolisme minéral
Diaphyse
Canal médullaire avec moelle jaune, très riche en graisses.
Périoste : membrane fibreuse et très résistante, intervient dans l'ostéosynthèse.
Métaphyse
Epiphyse
© Georges Dolisi

Un os long en coupe sagittale

*les principales thérapeutiques.

LES ANTALGIQUES : classification selon l'intensité de la douleur (niveau I, II, III), les modalités de prescription (liste I, liste II, stupéfiants) ou la classification pharmacologique :

- Les antalgiques non morphiniques :

Paracétamol
Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)
Nefopam (ACUPAN)

- Les opioïdes faibles :

Tradamol (TOPALGIC)
Codéine
Souvent associés au paracétamol

- Les opiacés majeurs :

Sulfate de morphine (SKENAN LP, ACTISKENAN)
Chlorhydrate de morphine (MORPHINE injectable)
Fentanyl (DUROGESIC patch)
Hydromorphone (SOPHIDONE)

LA CORTICOTHÉRAPIE : anti-inflammatoires (plusieurs classes chimiques)

- Par voie générale (CORTANCYL, SOLUPRED par exemple)
- Par voie locale : infiltrations (DIPROSTENE, HEXATRIONE, par exemple)
- Par voie parentérale : (SOLUMEDROL par exemple)

LES BIOTHÉRAPIES : nouveaux traitements de fond de certaines pathologies dont la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) = classe d'agents immunosuppresseurs sélectifs (inhibent l'action du TNF-alpha) ➔ diminution de la réaction inflammatoire synoviale et des destructions ostéocartilagineuses : EMBREL, REMICADE, HUMIRA, par exemple.
Ces traitements, par voie intraveineuse, sont proposés aux patients en hospitalisation de jour.
Les traitements par voie sous-cutanée sont réalisés au domicile après intervention de l'IDE éducatrice (ou d'une IDE du service).

*les soins infirmiers les plus fréquemment rencontrés.

⇒ Grille d'auto- évaluation /soins à acquérir, téléchargeable avant le stage.

- **L'organisation de travail : Cf. fiches de tâches**

*Du **lundi** soir au **jeudi** soir* le service neurologie/hôpital de semaine de médecine, compte 30 lits d'hospitalisation.
*Du **vendredi** soir au **dimanche** soir* ce même service compte 21 lits d'hospitalisation sur le secteur de neurologie.

- **Les modalités d'encadrement :**

*les pré- requis :

Anatomie /physiologie de l'appareil locomoteur
Pharmacologie : antalgiques, anti inflammatoires, anti TNF (biothérapie).
Utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur

*les ressources documentaires internes du service.

Les classeurs de protocoles « démarche qualité »
Classeur administratif, manuel d'utilisation du dossier de soins informatisé ACTIPIDOS, et procédure de contournement, projet de soins, guide des vigilances sanitaires, livret d'accueil du patient,
Intranet.
Charte du patient hospitalisé
Classeur des textes légaux (propre au pôle de médecine)

*l'encadrement proprement dit :

Mme DIALLO, Cadre de santé : 04 91 80 66 30

-l'entretien d'accueil :

Une prise de rendez vous a eu lieu par téléphone au préalable avec le cadre.
Le livret d'accueil à l'usage des étudiants est présenté et commenté.
Les objectifs de stage sont formalisés.
Le premier jour de stage l'étudiant est présenté à toute l'équipe et celle ci lui est présentée. Le cadre organise pour lui une visite du service.

-l'organisation du planning :

Déterminé en fonction de l'année d'étude de l'étudiant ou de sa formation ainsi que des impératifs liés à l'organisme de formation
Affiché pour l'ensemble du personnel et donné à l'étudiant en même temps que l'entretien d'accueil (45 minutes de pause repas)

-le référent stagiaire :

Est déterminé en fonction de son planning. Il est l'interlocuteur privilégié de l'étudiant, il facilite son intégration et son développement personnel en cours de stage, il active le processus d'apprentissage et d'adaptation au milieu. En son absence l'étudiant peut s'adresser au cadre de santé ou au membre de l'équipe le plus approprié.

-le bilan mi-stage :

Au milieu du stage : entretien de régulation avec le cadre et le référent stagiaire et évaluation de l'atteinte des objectifs de stage à partir de la grille d'auto évaluation sur RDV.

-les objectifs de stage du service : par semaine de stage

Selon la grille d'auto évaluation.